



L'hôpital face à l'alternance de 1981. Préparation, contestation et imprévisibilité d'un changement politique

Renaud Gay

► To cite this version:

Renaud Gay. L'hôpital face à l'alternance de 1981. Préparation, contestation et imprévisibilité d'un changement politique. Philippe Aldrin, Lucie Bargel, Nicolas Bué, Christine Pina. Politiques de l'alternance. Sociologie des changements (de) politiques, Editions du Croquant, pp.193-212, 2016, 978-2-36512-078-4. halshs-01304595

HAL Id: halshs-01304595

<https://shs.hal.science/halshs-01304595>

Submitted on 20 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'hôpital face à l'alternance de 1981

Préparation, contestation et imprévisibilité d'un changement politique

Renaud GAY

In Aldrin Philippe, Bargel Lucie, Bué Nicolas, Pina Christine (dir.), Politiques de l'alternance. Sociologie des changements (de) politiques, Bellecombes-en-Bauges, Editions du Croquant, 2016, p. 193-212

L'alternance politique a pu être définie comme l'accès provisoire au pouvoir de forces politiques situées jusqu'alors dans l'opposition, garantissant un renouvellement des élites gouvernementales et des politiques publiques (Quermonne, 1988 : 4-5). Etudier l'alternance « au concret », *i.e.* observer sous un angle sectoriel l'action publique menée par les nouveaux titulaires du pouvoir, permet de réinterroger ce postulat d'une relation mécanique entre alternance politique et changement de l'action publique. Ce questionnement rejoint le problème posé par la sociologie de l'action publique de l'articulation entre *policy* et *politics*, à savoir l'influence de la compétition politique sur les politiques publiques, les effets de légitimation politique des politiques publiques, les interactions entre arènes politiques et forums des politiques publiques (Hassenteufel, Smith, 2002).

Dans cette perspective, plusieurs travaux se sont intéressés aux conséquences du changement de majorité en 1981 sur l'action publique, en prenant appui plus ou moins explicitement sur une *conception événementielle* de l'alternance inspirée des approches en termes de fenêtre d'opportunité (Kingdon, 2003) et fondée sur trois principes. L'alternance est appréhendée, tout d'abord, comme une cause du changement de l'action publique à la temporalité courte. Elle est circonscrite au temps des élections présidentielle et législatives de 1981 dont sont évaluées les conséquences sur l'agenda gouvernemental (Hoeffler, Ledoux, Prat, 2010). Ensuite, les effets de l'alternance sur les politiques publiques sont supposés rapides et prévisibles. La rupture électorale ouvre une fenêtre politique pour un temps limité au cours duquel le gouvernement met en place des politiques inspirées de solutions promues par des groupes plus ou moins liés aux partis au pouvoir. Pour J. Keeler, la crise économique et le mandat de F. Mitterrand (large majorité à l'Assemblée nationale, pression partisane forte) ouvrent une fenêtre politique qui se ferme au milieu de l'année 1983, suite à plusieurs échecs électoraux et aux difficultés économiques persistantes (Keeler, 1994). Enfin, l'alternance serait la cause de bifurcations de l'action publique. Elle correspondrait à un moment de fluidité politique, de redéfinition des rapports politiques au cours duquel les verrous de l'action publique peuvent être levés au profit de choix politiques nouveaux. D'importantes innovations politiques ont pu ainsi être introduites après l'alternance de 1981 comme le prix unique du livre (Surel, 1997), la décentralisation ou la réforme des statuts de la fonction publique (Bezes, 2009). Cette lecture événementielle ne signifie pas pour autant que les effets de l'alternance sur l'action publique sont automatiques. Ceux-ci sont conditionnés, entre autres, par la mobilisation de groupes d'acteurs politiques et privés, l'usure des recettes passées ou encore par la saillance de l'enjeu en question (de Maillard, 2006). Ainsi, les travaux sur les politiques hospitalières et de santé de la gauche entre 1981 et 1986 soulignent le faible impact de l'alternance sur l'hôpital. Les réformes entreprises s'inscriraient avant tout dans la continuité des politiques de maîtrise des dépenses de la fin des années 1970 (de Pourvoirville, 1986 ; Aïach, Delanoë, 1989 ; Jobert, 1994).

Pourtant, Parti socialiste (PS) et Parti communiste (PCF) avancent, lors de la campagne présidentielle de 1981, des programmes ambitieux pour l'hôpital proposant de changer son organisation interne, son financement et sa place dans le système de santé. En outre, l'hôpital est l'objet de nombreux conflits et investissements politiques jusqu'en 1986.

Aussi proposons-nous de réinterroger cette séquence réformatrice à partir d'une *conception processuelle* de l'alternance. Il s'agit de ne plus réduire l'alternance politique de 1981 à la seule rupture électorale et de déporter notre regard en amont et en aval des élections afin de prendre la mesure de la pluralité des temporalités dans laquelle se construit l'alternance et s'exercent ses effets¹. Plus précisément, trois dimensions articulent cette conception de l'alternance. Premièrement, celle-ci est conçue comme une cause de changement des politiques publiques à la temporalité moyenne. L'alternance est un horizon politique auquel des acteurs se préparent en posant de nouveaux problèmes et en formulant des solutions. Deuxièmement, l'alternance politique peut produire des effets lents et imprévisibles. Le programme réformateur défini en 1981 n'est pas nécessairement stable au cours de la législature d'alternance. Il est pris dans des interactions stratégiques entre acteurs politiques, administratifs, privés qui affectent son contenu et peuvent repousser son adoption après la fermeture de la fenêtre politique. Dans son étude des lois Auroux, M. Tracol montre ainsi comment la politique du travail de la nouvelle majorité s'éloigne du programme électoral de F. Mitterrand rédigé par l'aile gauche du PS, sous l'influence de responsables de la deuxième gauche et de technocrates modernisateurs (Tracol, 2009). Troisièmement, l'alternance peut nourrir un changement institutionnel graduel et non pas uniquement radical (Mahoney, Thelen, 2010). De nouveaux dispositifs peuvent être introduits à la faveur de l'alternance politique, source de changement marginal à court terme mais susceptibles de produire un changement majeur à long terme. L'alternance ne doit pas être conçue ici comme l'unique cause du changement mais comme un élément de chaînes causales plus longues productrices de transformations importantes de l'action publique sur le long cours.

Cette lecture processuelle de l'alternance permet de réinterroger l'influence de l'alternance sur la politique hospitalière. La réforme hospitalière n'est-elle pas préparée, en amont, par les acteurs politiques qui anticipent le changement de majorité ? Pour autant, la réforme du gouvernement est-elle prévisible ou bien n'est-elle pas redéfinie dans le cours de la législature ? Comment et par qui est-elle reformulée ? L'alternance ne serait-elle pas, par conséquent, productrice de changements inattendus ?

I. DES EXPERTISES PARTISANES CONCURRENTES : L'ALTERNANCE ANTICIPÉE

Au cours des années 1970, des militants socialistes et communistes investissent les questions sanitaires et hospitalières et offrent à leurs partis une expertise nouvelle afin de préparer une possible conquête du pouvoir national. Porteuses de diagnostics sur l'hôpital et de solutions d'action publique, ces expertises se différencient tant dans leurs modalités de construction que dans leur contenu, si bien que les programmes communiste et socialiste divergent partiellement en 1981.

1. Des experts socialistes sur la santé : « Santé et Socialisme »

À la veille des élections de 1981, le programme socialiste comprend quatre propositions en matière hospitalière : alléger les missions de l'hôpital ; décentraliser et démocratiser la gestion du système hospitalier ; au sein des établissements, substituer des départements dirigés par un responsable élu aux services hospitaliers ; financer les hôpitaux au moyen d'un budget négocié entre l'établissement, la sécurité sociale et les pouvoirs publics (PS, 1980). Cette plate-forme électorale doit beaucoup au travail intellectuel des militants

¹ Notre approche de l'alternance fait sienne la recommandation d'Y. Déloye d'être « à l'écoute de la polyphonie des temps du politique » par l'usage d'échelles chronologiques différentes, extirpant ainsi le politique du seul temps événementiel auquel l'a relégué le modèle braudélien des trois durées historiques (Déloye, 2001 : 18).

regroupés au sein d'une association fondée en 1974 et nommée « Santé et Socialisme ». Celle-ci se donne pour objectif « d'approfondir l'analyse politique des problèmes de santé [débouchant] sur une stratégie de rupture avec le système en vigueur »². Il s'agit pour ces militants d'élaborer une expertise en matière de santé en vue de préparer l'alternance politique qui apparaît imminente en mars 1981 lorsque ces derniers organisent un colloque intitulé « Santé : quelles priorités pour un président socialiste ? ». Réunissant usagers et professionnels de santé, l'association est dirigée par des médecins exerçant des activités relativement dévalorisées dans un champ médical valorisant une médecine curative et technique (Pinell, 2009). Sur les quatre présidents successifs entre 1974 et 1981, on compte un spécialiste de santé publique, un gériatre, un immunologiste et un généraliste. Issus du Centre d'études, de recherches et d'éducation socialistes (CERES) d'un côté et de la deuxième gauche de l'autre, ces responsables se retrouvent avant tout dans leur opposition à la commission santé du PS qui détient un monopole sur la définition de la politique de santé officielle du parti. Cette opposition revêt un aspect générationnel et politique : « il y avait plus d'institutionnels à la commission santé et c'était plus novateur, c'était un peu plus à gauche à l'association Santé et Socialisme »³ ; « l'opposition était plus entre les modernes et les anciens. C'était deuxième gauche et CERES contre la SFIO, les patrons de fac »⁴.

Entreprise périphérique de l'organisation socialiste, Santé et Socialisme parvient à imposer sa vision du système de santé (lutte contre l'hospitalo-centrisme, démocratisation de l'hôpital) à la fin des années 1970. Ce succès tient, d'abord, au soutien de son expertise par des travaux sociologiques et philosophiques sur la santé en plein essor⁵ et par les propositions de la Confédération française démocratique du travail (CFDT) dont la déléguée à la santé au début des années 1970 milite au CERES. Dans cet espace de réflexion sur la santé, de nombreuses critiques à l'encontre du pouvoir médical sont formulées dans le sillage des thèses de l'anti-médecine et reproduites par l'association : technicisation et déshumanisation des soins, fonctionnement mandarinal de l'hôpital, reproduction des inégalités sociales par l'appareil sanitaire, etc. Ce succès s'explique également par la visibilité médiatique des responsables associatifs (organisation de colloques annuels, interventions dans la presse) et par leur conquête de positions de pouvoir au sein de l'organisation partisane, à l'exemple de J.-M. Cohen-Solal. Membre du PS depuis 1973, il milite au CERES et entre à Santé et Socialisme en 1976 dont il prend la présidence en 1978. Il est recruté par la suite au cabinet de F. Mitterrand comme responsable de la santé en vue de préparer la campagne présidentielle de 1981, contournant ainsi les structures statutaires du PS que les militants de Santé et Socialisme ne contrôlent pas (Cayrol, 1978).

2. Se conformer et se démarquer : le PCF et la santé

À l'inverse du cas socialiste, c'est au centre de l'organisation communiste et non à sa périphérie qu'est construite une expertise en matière de santé à partir du milieu des années 1970. Un secteur « santé-protection sociale » est créé en 1976 au sein duquel est mise en place une « commission nationale santé » composée de responsables fédéraux, d'élus, de professionnels de santé tandis que les fédérations sont incitées à créer leur propre commission

² Centre d'archives socialistes, fonds de la commission santé, Association Santé et Socialisme, feuille volante, ca 1975.

³ Entretien président de Santé et Socialisme, 22 mars 2011.

⁴ Entretien secrétaire général de Santé et Socialisme, 18 avril 2011.

⁵ Le Commissariat général du Plan joue un rôle important dans l'essor de la sociologie de la santé en finançant plusieurs contrats de recherche au début des années 1970. Ceux-ci associent de jeunes sociologues (A. Chauvenet, S. Karsenty, etc.) rompant avec un fonctionnalisme qui domine alors la sociologie de la santé nord-américaine au profit d'approches critiques.

santé. Ce développement organisationnel affiche deux objectifs qui sont travaillés par des logiques de conformation doctrinale et de différenciation sur le marché politique : « impulser des actions du parti dans le domaine de la santé » et élaborer « une réflexion plus fondamentale » sur ce sujet⁶.

La stratégie de mobilisation de la commission santé répond à plusieurs motivations. Le PCF cherche, tout d'abord, à consolider sa fonction d'opposant au pouvoir en place dans le secteur de la santé, ce qu'illustre la campagne « SOS Santé » lancée par le bureau politique en octobre 1979 en réaction à la politique du gouvernement Barre de contrôle budgétaire des hôpitaux⁷. Dans le contexte de rupture du programme commun en 1977 et de recentrage de la CFDT, cette stratégie de mobilisation est aussi un moyen de se démarquer du « mouvement réformiste » rassemblant socialistes et cédétistes accusés d'« accepter sous couvert de fatalité, [...] les atteintes aux libertés et le renforcement de l'étatisme sous couvert de “rationalisation” du système sanitaire »⁸. Aussi la commission refuse-t-elle « la création de cartels ou de comités fourre-tout où l'union se réaliserait dans la confusion, le compromis, en paralysant l'action », préférant valoriser les luttes sociales et « développer l'action à la base, autour de chaque hôpital »⁹. Ces actions visent, enfin, à réaffirmer dans les hôpitaux des liens de fidélité entre le Parti et des groupes militants dans un secteur où la Confédération générale du travail (CGT) est très proche des cellules communistes (Andolfatto, Labbé, 1997).

La stratégie de mobilisation du PCF se double d'un travail intellectuel de construction d'une expertise, comme en témoigne la publication en 1977 de l'ouvrage programmatique *Prendre soin de la santé* rédigé par la commission santé (PCF, 1977). Celle-ci développe une réflexion conforme à la doctrine du Parti par sa critique des politiques de maîtrise des dépenses de santé inspirée de la théorie du capitalisme monopoliste d'Etat mais aussi par sa vision du système de santé centrée sur l'hôpital¹⁰. Cette vision réactive une double croyance, celle de l'hôpital comme espace égalitaire ouvert à tous et lieu du progrès technique et scientifique. La prééminence de l'hôpital obéit, par ailleurs, à des considérations stratégiques puisqu'elle est une réponse au contrôle gouvernemental des dépenses hospitalières et satisfait les demandes de clientèles électorales beaucoup plus importantes à l'hôpital qu'en médecine de ville. Elle permet enfin de marquer là aussi la différence avec les socialistes dont l'« obscurantiste » critique de l'hospitalo-centrisme et du pouvoir médical « apporter[ait] de l'eau au moulin du pouvoir »¹¹.

II. UNE ACTIVITÉ RÉFORMATRICE ENTRAVÉE

La coexistence de deux expertises partisans concurrentes sur l'hôpital a des répercussions sur la construction de la réforme après 1981. Portée par le ministre de la Santé communiste J. Ralite, elle fait l'objet de négociations conflictuelles entre socialistes et communistes jusqu'en 1983. De plus, le cabinet Ralite se heurte à la mobilisation d'une partie de la profession médicale hospitalière qui juge ses intérêts menacés. Ainsi, la réforme

⁶ Archives du PCF (APCF), 261J17/en cours de traitement, M. Bertrand, Note sur les axes de travail du secteur santé-sécurité sociale, ca 1976.

⁷ Plusieurs mesures sont adoptées en vue de contenir les dépenses hospitalières entre 1976 et 1981 : expérimentation de nouveaux modes de financement des hôpitaux, fermeture autoritaire de lits ou de services hospitaliers, suspension des budgets supplémentaires aux hôpitaux.

⁸ APCF, 261J17/en cours de traitement, secteur santé/cadre de vie, Note sur PS-CFDT et santé-sécurité sociale, 14 mai 1980.

⁹ APCF, 261J17/en cours de traitement, Rapport de M. Bertrand au BP, 28 septembre 1979.

¹⁰ La prééminence de l'hôpital se retrouve dans la mesure 34 des 131 propositions du candidat Marchais qui comprend une hausse des capacités hospitalières, la démocratisation de leur gestion, etc.

¹¹ *Ibid.*

hospitalière est prise dans des interactions conflictuelles entre acteurs politiques et privés qui retardent son adoption et affectent son contenu.

1. Le cabinet Ralite : des réformateurs sous surveillance

Nommé ministre de la Santé en juin 1981, J. Ralite n'est ni un homme d'appareil, ni familier des problèmes sanitaires. Ce spécialiste des questions culturelles est avant tout un élu local. Membre du PCF depuis 1947, il est adjoint au maire d'Aubervilliers depuis 1959, député de Seine-Saint-Denis depuis 1973 et n'intègre le comité central du PCF qu'en 1982. En raison de son absence de compétence personnelle et de son positionnement marginal au sein du Parti, J. Ralite s'entoure de spécialistes de la santé de divers horizons politiques, formant le plus diversifié des cabinets parmi les ministres communistes¹² (Dagnaud, Mehl, 1988). Son entourage est toutefois dominé par des communistes et compagnons de route parmi lesquels se trouvent deux membres de la commission santé du PCF¹³. Affaibli par les résultats électoraux du PCF en 1981, le cabinet Ralite est étroitement encadré par les socialistes. Pour faire contrepoids à la nomination d'un communiste comme directeur général de la santé, le socialiste J. de Kervasdoué est promu à la tête de la direction des hôpitaux. L'encadrement du travail du cabinet Ralite est également exercé par le cabinet du ministre des Affaires sociales qui contrôle le volet financier des politiques sanitaires. Les rapports entre le cabinet Ralite et N. Questiaux, ministre des Affaires sociales jusqu'en juin 1982, sont relativement paisibles en raison du refus commun d'une approche strictement comptable des problèmes sanitaires. Ces rapports se font, par la suite, beaucoup plus conflictuels avec l'arrivée de P. Bérégovoy aux Affaires sociales qui fait de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale une priorité politique¹⁴.

L'encadrement du cabinet Ralite par les socialistes a une incidence sur la construction de la réforme hospitalière. Après avoir adopté, à l'été 1981, une série de mesures visant à marquer la rupture avec les politiques de maîtrise des dépenses (budgets supplémentaires, création d'emplois, etc.), le cabinet Ralite s'engage dans une réforme structurelle de l'hôpital qui ne correspond pas à la stricte application du programme électoral du PCF. Sa construction obéit certes à une logique de politisation en ce que la réforme est principalement inspirée des expertises partisans élaborées antérieurement en vue d'« activer des identités politiques à des fins de polarisation et donc de positionnement dans le cadre de la compétition partisane » (Hassenteufel, 2009 : 163). Présentée par J. Ralite en novembre 1982, la réforme poursuit deux objectifs : la démocratisation de l'hôpital et l'organisation des soins autour du malade. Plusieurs mesures composent ce programme réformateur : la suppression du secteur privé à l'hôpital public¹⁵, l'organisation des établissements en départements gérés par un chef et un conseil de département élus par tous les personnels, le financement des hôpitaux par une dotation globale définie collectivement. Mais l'élaboration de ce programme répond aussi à une logique de compromis dans la mesure où il est le produit des convergences partielles des expertises communiste et socialiste et de concessions réciproques. Ainsi, le cabinet

¹² La propriété politique apparaît comme le principal critère de recrutement et de hiérarchisation au sein du cabinet. Il est essentiellement composé de militants politiques, tandis que les postes clés sont tenus par des communistes.

¹³ « Et je vois arriver le lendemain, pas l'armée rouge mais... C'était tous des cocos mais spéciaux. Il y avait les vrais cosaques reconnus comme tels avec la faucille et le marteau, comme Talhouarn, Millet qui était un médecin du Gard, un sectaire. Marchais, c'était un rigolo à côté. Et puis, il y avait les assimilés » (entretien chef de cabinet de J. Ralite, 19 octobre 2011).

¹⁴ « Au début, [les rapports] étaient bien. Il y avait encore Questiaux. C'était pas le coup de poing, elle n'a jamais tué une puce. Alors que Béré, c'est un chieur ! Béré ne voulait pas le voir, Ralite. Béré était à l'étage en dessous. C'était très pénible » (entretien chef de cabinet de J. Ralite, *op. cit.*).

¹⁵ Institué en 1958, le secteur privé autorise les médecins hospitaliers à disposer d'une clientèle privée à l'hôpital.

Bérégoz impose au ministre de la Santé un nouveau mode financement, auquel le PCF est initialement hostile, afin d'assurer un contrôle macroéconomique des dépenses hospitalières. À l'inverse, J. Ralite maintient sa vision des départements hospitaliers associant le personnel non médical à leur gestion, malgré l'opposition du ministère des Affaires sociales.

2. Une contre-mobilisation médicale

Le cabinet Ralite entretient par ailleurs des relations conflictuelles avec une partie de la profession médicale qui s'inquiète, dès juin 1981, de la nomination d'un communiste au ministère de la Santé¹⁶. Au début des années 1980, le syndicalisme médical hospitalier est organisé sous une forme extrêmement fragmentée (Hassenteufel, 1997 : 155-161). D'une part, on distingue de nombreuses organisations syndicales fondées sur des bases statutaires et catégorielles, dont les plus importantes sont le Syndicat national des médecins des hôpitaux publics et l'union des médecins hospitaliers rattachée à la Confédération générale des cadres (CGC). Si les intérêts de ces organisations et des autorités publiques convergent autour de la politique de modernisation de l'appareil hospitalier jusqu'au milieu des années 1970, la politique de maîtrise des dépenses de santé du gouvernement Barre est dénoncée par plusieurs syndicats qui n'entreprennent pas pour autant d'action conflictuelle. D'autre part, un syndicalisme médical de gauche apparaît au cours des années 1970. Portés par des médecins rejetant le corporatisme des syndicats médicaux traditionnels et préparant un changement politique, ces syndicats sont aussi un moyen pour les partis politiques de gauche de construire des soutiens au sein du milieu médical, comme l'illustre le Syndicat de la médecine hospitalière (SMH) fondé en 1980 par un gériatre et ancien président de Santé et Socialisme, J.-C. Henrard.

Ne pouvant s'appuyer que sur ces marginaux syndicats de gauche, J. Ralite cherche à établir un dialogue avec le corps médical afin d'élargir ses soutiens. Il entreprend ainsi en septembre et octobre 1981 un « tour de France de la santé » au cours duquel il réaffirme son refus de toute « nationalisation » de la médecine. La publicisation progressive de son programme réformateur suscite, malgré tout, une large contestation des médecins hospitaliers et a impact durable sur la structuration du syndicalisme médical hospitalier. Celui-ci se réorganise progressivement en groupements de syndicats reposant sur une logique non plus catégorielle mais politique, en fonction des positions vis-à-vis de la réforme. Dans un premier temps, l'annonce de la suppression du secteur privé à l'hôpital en octobre 1981 nourrit un mouvement de contestation dirigé par les segments dominants de la profession médicale. Un comité de liaison, appelé « Solidarité médicale » en référence au mouvement anticommuniste *Solidarnosc*, est créé, regroupant principalement les syndicats de l'élite hospitalo-universitaire. Ce dernier organise plusieurs défilés et grèves des soins avec le soutien du Syndicat national des médecins des hôpitaux publics. En réaction, une intersyndicale réunissant les organisations favorables à la réforme se forme en mars 1982 autour du SMH. La diffusion du premier projet de « départementalisation » des hôpitaux en novembre 1982 élargit, par la suite, la mobilisation médicale. Celle-ci est dirigée par l'Intersyndicale nationale des médecins hospitaliers (INMH) qui réunit, à partir de février 1983, la majorité des syndicats hostiles au dispositif¹⁷. La défense des libertés médicales et de l'autonomie professionnelle apparaît comme le principal ressort de la mobilisation des médecins. Tandis

¹⁶ Un sondage publié par le *Quotidien du médecin* le 25 juin 1981 révèle que 62% des médecins jugent « inquiétante » l'appartenance politique de J. Ralite.

¹⁷ Si Solidarité médicale et l'Intersyndicale formée autour du SMH s'éteignent rapidement, l'INMH survit à la séquence de l'alternance pour devenir l'un des principaux acteurs du secteur hospitalier. C'est aussi le cas du Comité de liaison et d'action des syndicats hospitaliers évoqué ultérieurement qui sera réactivé en 1989 sous le nom de Coordination médicale hospitalière.

que la suppression du secteur privé ouvrirait la voie à une « fonctionnarisation » des médecins, les départements hospitaliers introduiraient une logique « électoraliste et politique » à l'hôpital, incompatible avec une logique de soins.

La contre-mobilisation médicale a des répercussions sur la compétition partisane et sur la trajectoire de la réforme. Certains médecins, notamment au sein de Solidarité médicale, sont proches des partis de droite¹⁸ et cherchent auprès d'eux un soutien politique à leur mobilisation. En retour, la mobilisation médicale offre aux représentants de la droite l'opportunité de jouer pleinement leur rôle d'opposant. Ceux-ci affichent publiquement leur soutien à la mobilisation et se font l'écho des revendications médicales au parlement¹⁹, tandis que *Le Figaro* couvre avec bienveillance la contestation, jusqu'à lancer une pétition « pour la liberté » médicale en décembre 1982. De plus, les médecins mobilisés s'efforcent de contourner le cabinet Ralite en s'adressant directement aux responsables socialistes, que ce soit au parlement ou à l'Elysée. Ce faisant, ils exploitent les divergences entre PS et PCF et consolident l'encadrement par les socialistes du cabinet Ralite. Cette stratégie de contournement affecte le contenu de la réforme comme l'illustre la suppression du secteur privé dont les modalités sont finalement plus souples que celles imaginées par le ministre de la Santé. La mobilisation médicale a surtout pour effet de retarder le travail des réformateurs. En 1983, seules la suppression du secteur privé et l'instauration de la dotation globale sont adoptées²⁰. Devant l'ampleur de la contestation, le gouvernement repousse le débat sur la loi hospitalière à l'automne 1983.

III. UNE DISCRÈTE LOGIQUE GESTIONNAIRE : L'ALTERNANCE DÉTOURNÉE

En mars 1983, J. Ralite quitte le ministère de la Santé qui devient un secrétariat d'Etat confié à E. Hervé et placé sous la tutelle du ministère des Affaires sociales dirigé par P. Bérégovoy puis, de juillet 1984 à mars 1986, par G. Dufoix. Ce nouvel exécutif hérite du programme réformateur de J. Ralite dont il propose un nouveau cadrage discursif. Axée sur la maîtrise des dépenses hospitalières, la réforme rejoint les préoccupations d'« entrepreneurs en gestion » travaillant au sein de la direction des hôpitaux (DH) du ministère de la Santé comme fonctionnaires et contractuels. Ceux-ci développent une conception entrepreneuriale de l'hôpital dont ils cherchent à évaluer et contrôler la production (Pierru, 1999). Tirant profit du nouvel agenda politique, ils mettent en œuvre un programme d'action publique inattendu au regard des programmes partisans de 1981.

1. La redéfinition gestionnaire de la réforme

La disparition du ministère de la Santé renforce la position du ministre des Affaires sociales qui a désormais autorité sur toute l'administration sanitaire et qui partage la conduite de la réforme avec E. Hervé. Contrairement à la période du ministère Ralite, tous deux travaillent en bonne entente. Au sein du PS, P. Bérégovoy, G. Dufoix et E. Hervé sont relativement proches. Ce dernier a quitté le CERES pour rejoindre le courant de P. Mauroy, tandis que les deux ministres des Affaires sociales sont mitterrandistes. Surtout, leurs

¹⁸ Les deux responsables de Solidarité médicale entament rapidement une carrière politique à la suite de cette mobilisation. B. Debré est élu député du Rassemblement pour la République (RPR) en 1986, tandis que J. Loygue devient conseiller du XII^e arrondissement de Paris en 1983, sous l'étiquette Union pour la Démocratie Française (UDF).

¹⁹ À la demande de plusieurs professeurs hospitaliers, les sénateurs de droite repoussent le projet de loi de suppression du secteur privé sans même l'amender, le 29 septembre 1982.

²⁰ Loi du 28 octobre 1982 relative aux activités du secteur privé dans les établissements d'hospitalisation publics ; loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

entourages présentent une forte homogénéité. Leurs cabinets sont dominés par des hauts fonctionnaires, parfois proches du PS, marginalisant les militants politiques et syndicaux (Birnbaum, 1985 ; Dagnaud, Mehl, 1988)²¹. Cette valorisation des ressources techniques se retrouve en particulier au niveau des directions de cabinet qui sont occupées par des hauts fonctionnaires de l'administration des finances comme J.-C. Naouri (cabinet Bérégovoy, inspecteur des finances), C.-H. Filippi (cabinet Dufoix, inspecteur des finances), G. Rimareix (cabinet Hervé, administrateur civil aux Finances). Cette prédominance des hauts fonctionnaires au détriment des militants politiques a des répercussions sur la réforme hospitalière dans le contexte général du tournant de la rigueur. On observe, en effet, une opération de dépolitisation et d'adéquation aux nouveaux impératifs économiques de la réforme qui est reformulée en termes gestionnaires. Le principe de « soigner mieux en dépensant moins » structure la vision de la réforme tandis que disparaissent les justifications clivantes inspirées des expertises partisans comme la démocratisation de l'hôpital. Ainsi, la loi hospitalière de 1984 élargit les pouvoirs du directeur au sein des hôpitaux et propose une départementalisation qui a pour objectif d'associer les médecins à la gestion de l'hôpital et d'adapter les établissements à l'évolution des soins et des techniques²².

Cette opération de dépolitisation obéit, par ailleurs, à des considérations tactiques des responsables gouvernementaux dont l'action est guidée par la volonté d'éviter la sanction politique que générerait une réforme aux coûts concentrés – principalement sur les chefs de service dont la position est remise en cause par la départementalisation – et aux bénéfices diffus (Weaver, 1986). P. Bérégovoy et E. Hervé s'efforcent d'élargir la coalition de soutien à la réforme avec un succès relatif. Si les acteurs gouvernementaux peuvent se prévaloir de l'appui de l'INMH, pilotée par l'union syndicale CGC des médecins hospitaliers et particulièrement sensible aux thématiques gestionnaires, ils perdent les soutiens traditionnels du gouvernement qui craignent l'apparition de chefs de département « super mandarins ». Ils se heurtent, de plus, à l'opposition de l'élite hospitalo-universitaire alliée, en janvier 1985, à plusieurs syndicats médicaux ayant quitté l'INMH en septembre 1984 et réunis au sein du Comité de liaison et d'action des syndicats hospitaliers (CLASH). Ce dernier organise le boycott de l'élection des commissions de départementalisation chargées de réorganiser les hôpitaux en département dans chaque établissement, contraignant la ministre des Affaires sociales à repousser le calendrier de mise en œuvre alors que la droite parlementaire promet de rétablir une organisation en services dès son retour au pouvoir.

2. La silencieuse victoire des entrepreneurs en gestion de la direction des hôpitaux

Cette redéfinition programmatique permet aux entrepreneurs en gestion de la DH de valoriser et d'inscrire à l'agenda décisionnel un plan d'action gestionnaire élaboré antérieurement. Depuis sa création en 1970, la DH cherche à introduire dans les hôpitaux des outils de mesure et de contrôle des coûts hospitaliers. Dès 1971, elle met en œuvre un programme de gestion hospitalière ambitieux : des cellules d'analyse de gestion, placées à la DH et dans les centres hospitaliers régionaux, ont pour tâche d'étudier « la formation des coûts hospitaliers » et de définir un « modèle économétrique de l'hôpital »²³. À partir de la fin

²¹ Si la plupart des membres de cabinet combinent ressources politiques et techniques, on observe une relative démonétisation des ressources politiques. En effet, les membres qui ont eu une activité politique importante exercent des rôles mineurs (conseiller technique, chargé de mission). À l'inverse, les postes de direction sont occupés par des acteurs sans grande activité politique. Ainsi, les quelques militants de Santé et Socialisme présents dans les cabinets exercent une influence très limitée sur la définition de la réforme.

²² Loi du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier.

²³ Centre des archives contemporaines, 19760343-171, DH, Programme de travail de la cellule d'analyse de gestion hospitalière, 8 décembre 1971.

des années 1970, la DH souhaite affiner cette mesure de l'activité hospitalière en la « médicalisant », *i.e.* en établissant un rapport entre coûts financiers et caractéristiques de l'activité médicale. L'objectif est de permettre une « évaluation des résultats » des hôpitaux, c'est-à-dire de leur efficacité, de leur utilité et de leur rendement²⁴. Des dispositifs de mesure de l'activité hospitalière sont mis en place localement dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes de financement à partir de 1978. Dans leur rapport d'évaluation des expérimentations remis à J. Ralite en septembre 1982, les agents de la DH jugent qu'une « modernisation de la gestion des hôpitaux [...] plus qu'une réforme de la tarification est de nature à procurer un infléchissement de l'évolution des coûts hospitaliers »²⁵.

Ce plan d'action gestionnaire est relayé par le nouveau directeur des hôpitaux, J. de Kervasdoué. Nommé en 1981, ce membre du PS se caractérise par son appartenance à de multiples réseaux : universitaire (chargé de cours à l'ENA, chercheur au Centre de recherche en gestion de Polytechnique depuis 1973), hospitalier (responsable du service des études économiques de l'Assistance publique de Paris entre 1975 et 1979) et politique (membre de la commission recherche du PS). Sur la base des réformes de la départementalisation et de la dotation globale, il met en place une ingénierie gestionnaire fondée sur le principe d'une « direction participative par objectifs » (DPO) à l'hôpital²⁶. Chaque établissement est composé de « centres de responsabilité » correspondant aux nouveaux départements et dont les responsables définissent, en accord avec le directeur, leurs budgets à partir d'une évaluation de leur activité. Cette évaluation repose sur un nouveau dispositif lancé en 1982 : le projet de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Celui-ci permet de mesurer la production hospitalière en rapprochant activité médicale et consommation des ressources. Ce dispositif est porté par une mission légère au sein de la DH qui sollicite l'aide de chercheurs en gestion de l'Ecole des mines de Paris et de Polytechnique (Serré, 2001). Cette ingénierie gestionnaire produit des effets marginaux à court terme : la DPO est peu expérimentée et les budgets des hôpitaux ne sont pas calculés à partir du PMSI. Elle est, cependant, l'objet de nombreux investissements politiques et administratifs ultérieurs. Le PMSI, en particulier, est étendu à tous les hôpitaux à la fin des années 1980 avant d'être à la base d'une tarification à l'activité, sorte de paiement à la performance, depuis 2004. Ce dispositif est alors source d'un changement majeur des politiques hospitalières à long terme, en raison des nouveaux usages dont il est investi.

Quelles traces l'alternance de 1981 a-t-elle laissées dans les hôpitaux ? À la suite des élections législatives de mars 1986, le gouvernement Chirac s'applique à défaire l'alternance de 1981 dans le secteur hospitalier : l'activité privée à l'hôpital et l'organisation des établissements en services sont rétablies. Seule la réforme de financement et de gestion n'est pas remise en cause mais les effets de cette ingénierie gestionnaire sont très modestes à court terme. Une lecture événementielle de l'alternance conclurait au faible impact du changement de majorité sur la politique hospitalière mais manifesterait une certaine myopie en négligeant l'intense activité réformatrice dans laquelle sont engagés acteurs politiques, administratifs et privés, ainsi que les effets à plus long terme de l'alternance.

²⁴ Archives du ministère de la santé (AMS), 2010007-01, Le Directeur des Hôpitaux, Stratégie globale pour une évaluation de l'activité hospitalière, 8 novembre 1977.

²⁵ AMS, 2010007-01, Renou C., Gautier D., Rodrigues J.-M., Vuong V. T., Rapport à M. le Ministre de la santé relatif à l'évaluation de l'expérimentation de nouveaux modes de financement et de gestion des établissements hospitaliers, septembre 1982.

²⁶ Décret du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

Ce sont ces angles morts de l'analyse événementielle que notre approche processuelle cherche à éclairer. Tout d'abord, l'alternance est productrice d'une activité réformatrice qui précède les élections de 1981. L'alternance apparaît comme un horizon politique auquel se préparent les acteurs politiques en développant des expertises sur l'hôpital. Ensuite, les gouvernements de gauche élaborent et adoptent des mesures réformatrices comme la suppression du secteur privé, le financement par dotation globale ou la départementalisation des hôpitaux. Ce programme réformateur est toutefois redéfini dans le jeu des interactions conflictuelles entre acteurs politiques, administratifs et privés si bien que les effets de l'alternance sur la politique hospitalière se font lents et imprévisibles. Enfin, de nouveaux dispositifs gestionnaires sont introduits par des entrepreneurs en gestion de la DH à la faveur de la redéfinition gestionnaire de la réforme, porteurs d'un changement marginal à court terme mais au fondement de changements majeurs sur le long cours. Ce dernier constat appelle une précision. L'alternance ne doit pas être comprise ici comme la cause directe et unique du changement. Les entrepreneurs en gestion n'anticipent pas l'alternance mais saisissent l'opportunité d'une situation d'intense activité réformatrice et du nouvel impératif de maîtrise budgétaire pour mettre en place leur programme d'action gestionnaire.

Notre conception processuelle de l'alternance ne cherche pas à disqualifier une lecture événementielle qui se révèle particulièrement opérante pour expliquer le changement de certaines politiques sectorielles. Fondées sur deux ensembles de propositions non exclusifs, ces deux conceptions appréhendent le fait politique de l'alternance et de son influence sur les politiques publiques au prisme de focales différentes dont l'usage peut se révéler complémentaire. Toutefois, l'approche événementielle nous semble perdre sa valeur heuristique à mesure que l'alternance se banalise, comme c'est le cas en France depuis les années 1980. En effet, on peut faire l'hypothèse que la banalisation de l'alternance remet en cause l'une des dimensions de l'approche événementielle, à savoir le principe de fluidité politique propice à des changements majeurs de l'action publique. En déplaçant le regard sur l'anticipation de l'alternance, sur ses effets lents et imprévisibles, notre approche peut être utile à la compréhension de l'alternance banalisée. Elle invite à renoncer à l'idée d'alternance productrice d'un rapide changement de politiques publiques et à dévoiler la pluralité des temporalités dans laquelle se jouent les effets de l'alternance sur l'action publique.

Bibliographie

- Aïach, P., Delanoë, J.-Y. (1989) « La politique économique du gouvernement socialiste en matière de santé : bilan de cinq années de pouvoir en France, 1981-1986 », *Social Science and Medicine*, 28 (6), p. 539-550.
- Andolfatto, D., Labbé, D. (1997) *La CGT. Organisation et audience depuis 1945*, Paris, La Découverte.
- Bezes, P. (2009) *Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, PUF.
- Birnbaum, P. (ed.) (1985) *Les élites socialistes au pouvoir. Les dirigeants socialistes face à l'Etat (1981-1985)*, Paris, PUF.
- Cayrol, R. (1978) « La direction du Parti socialiste : organisation et fonctionnement », *Revue française de science politique*, 28 (2), p. 201-219.
- Dagnaud, M., Mehl, D. (1988) *L'élite rose. Sociologie du pouvoir socialiste 1981-1986*, Paris, Ramsay.
- Déloye, Y. (2001) « À la recherche de la temporalité perdue », *Espaces Temps*, 76-77, p. 16-27.
- De Maillard, J. (2006) « La conduite des politiques publiques à l'épreuve des temporalités électorales. Quelques hypothèses exploratoires », *Pôle Sud*, 25 (2), p. 39-53.

- De Pouvourville, G. (1986) « Hospital Reforms in France under a Socialist Government », *The Milbank Quarterly*, 64 (3), p. 392-413.
- Hassenteufel, P., Smith, A. (2002) « Essoufflement ou second souffle ? L'analyse des politiques publiques « à la française » », *Revue française de science politique*, 52 (1), p. 53-73.
- Hassenteufel, P. (1997) *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel, P. (2009) *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin.
- Hoeffler, C., Ledoux, C., Prat, P. (2010) « Temporalité et changement de politiques publiques » in B. Palier, Y. Surel et al. (eds.) *Quand les politiques changent : temporalités et niveaux de l'action publique*, Paris, L'Harmattan, p. 53-78.
- Jobert, B. (1994) « Mobilisation politique et système de santé en France », in B. Jobert, M. Steffen (eds.) *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Observatoire européen de la protection sociale/Espace social européen, p. 73-81.
- Keeler, J. (1994) *Réformer. Les conditions du changement politique*, Paris, PUF.
- Kingdon, J. (2003) *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little, Brown and Co, 1984.
- Mahoney, J., Thelen, K. (eds.) (2010) *Explaining Institutional Change. Ambiguity, Agency, and Power*, Cambridge and New York, Cambridge University Press.
- Parti communiste français (1977) *Prendre soin de la santé*, Paris, Editions sociales.
- Parti socialiste (1980) *Projet socialiste. Pour la France des années 80*, Paris, Club socialiste du livre.
- Pierru, F. (1999) « L'«hôpital-entreprise». Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, 46, p. 7-47.
- Pinell, P. (2009) « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50 (2), p. 315-349.
- Quermonne, J.-L. (1988) *L'alternance au pouvoir*, Paris, PUF.
- Serré, M. (2001) *Le « tournant néo-libéral » de la santé ? Les réformes de la protection maladie dans les années 1990 ou l'acclimatation d'un référentiel de marché*, Thèse de science politique, Université Paris I.
- Surel, Y. (1997) *L'Etat et le livre : les politiques publiques du livre en France (1957-1993)*, Paris, L'Harmattan.
- Tracol, M. (2009) *Changer le travail pour changer la vie ? Genèse des lois Auroux, 1981-1982*, Paris, L'Harmattan.
- Weaver, R. K. (1986) « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, 6 (4), p. 371-398.